อบต.คมบุลเหล็ก
เลขรับที่ 444
วันที่ 19 มี.ค. 64
เวลา

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ๒ พิษณุโลก
National Health Security Office Region 2 (Phitsanulok)
เลขที่ ๘๓ ถนนบรมไตรโลกนารถ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ๖๕๐๐๐
โทรศัพท์ ๐๕๕-๒๔๕๑๑๑ โทรสาร ๐๕๕-๒๔๗๑๑๑ www.nhso.go.th/phitsanulok

ที่ สปสช. ๕.๓๕/ว ๑๖๗๗

๙ มีนาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ชักซ้อมการบันทึกข้อมูลการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลคมบุลเหล็ก

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบรายงานการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (Long Term Care : LTC) ที่ดำเนินการในระหว่างปีงบประมาณ ๒๕๕๙-๒๕๖๓ จำนวน ๑ ฉบับ

(นางสาวฐิตินาถ ชาตีไทย)
นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ รักษาราชการแทน
หัวหน้าสำนักปลัด

ตามที่รัฐบาล ได้มีนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ตั้งแต่ปี ๒๕๕๙ เป็นต้นมา ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขต ๒ พิษณุโลก ร้อยละ ๙๙.๓๕ ได้เข้าร่วมดำเนินงานดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ โดยในการดำเนินงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องบันทึกข้อมูลผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการอนุมัติแผนการดูแลรายบุคคล(Care plan) ในโปรแกรมระบบข้อมูลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อเป็นการรายงานการบริหารจัดการระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งจากการติดตามสนับสนุนการดำเนินงานพบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหลายแห่งไม่บันทึกข้อมูลในโปรแกรมดังกล่าว ทำให้ข้อมูลการบริหารจัดการด้านงบประมาณไม่สอดคล้องกับข้อมูลงบประมาณในบัญชีกองทุนการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ส่งผลต่อการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน นั้น

ในการนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๒ พิษณุโลก ขอแจ้งชักซ้อมการบันทึกข้อมูลการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้

๑. ขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตรวจสอบข้อมูลรายชื่อผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในโปรแกรมระบบข้อมูลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง(LTC) ดังนี้

๑) ตรวจสอบข้อมูลรายชื่อผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในโปรแกรมฯ ที่อปท.ยังไม่ยืนยัน

๒) ข้อมูลผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการอนุมัติแผนการดูแลรายบุคคล(Care plan : CP) แล้ว

๓) ข้อมูลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการอนุมัติแผนการดูแลรายบุคคลและบันทึกข้อมูลโครงการในโปรแกรมระบบข้อมูลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตั้งแต่เริ่มดำเนินโครงการถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓

๔) ข้อมูลจำนวนเงินรายรับ รายจ่ายของกองทุนการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง(LTC)

และขอความกรุณาจัดส่งข้อมูลตามแบบรายงาน ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ๒ พิษณุโลก ทางโทรสารหมายเลข ๐๕๕-๒๔๗๑๑๑ หรือทางไลน์อู่เอง หรืออีเมล์ NJTA129430@hotmail.com ภายในวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๔

๒. ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ เป็นต้นไป ขอให้ อปท.บันทึกผลการอนุมัติ CP การออกข้อตกลงการจัดบริการฯ ออกฎีกาเบิกเงินกองทุนฯ จากโปรแกรม LTC ทั้งนี้ เพื่อเป็นฐานข้อมูลสำหรับการโอนงบประมาณ การจัดทำรายงานบัญชีกองทุนฯ การกำกับติดตามผลการดำเนินงานให้สอดคล้องตามประกาศที่สปสช.กำหนด

๒/๓. เพื่อลดภาระ...

๓. เพื่อลดภาระการบันทึกข้อมูลของพื้นที่ สปสช.ได้ปรับปรุงโปรแกรมระบบข้อมูลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง(LTC) ให้บันทึกผลการอนุมัติ CP ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ เป็นต้นไป สำหรับโครงการและCP ที่มีการอนุมัติดูแลก่อนวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ และยังไม่ได้นำมาบันทึกในโปรแกรม LTC ขอให้เก็บหลักฐานที่เกี่ยวข้องไว้เพื่อการตรวจสอบของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่โดยไม่ต้องนำมาบันทึกในโปรแกรม ส่วนรายชื่อผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้มีการอนุมัติ CP ดูแลก่อนวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ เมื่อได้รับการจัดบริการดูแลครบรอบ ๙ เดือนแล้ว ให้นำรายชื่อผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงรายนั้นบันทึกเป็นรายใหม่เพื่อให้อปท.ยืนยันและขอรับงบประมาณจากสปสช.ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาแจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายกนิษฐ์ สังข์สุวรณ)
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 2 พิษณุโลก ปฏิบัติงานแทน
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กลุ่มภารกิจคุ้มครองสิทธิและการมีส่วนร่วม
โทร. ๐๕๕-๒๔๕๑๑๑ ,๐๙๐-๑๙๗๕๑๖๓
โทรสาร. ๐๕๕-๒๔๗๑๑๑
ผู้รับผิดชอบ : นายจินดศักดิ์ -อู่ไทย

แบบรายงานการดำเนินงาน
การดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (Long Term Care : LTC)
ที่ดำเนินการในระหว่างปีงบประมาณ ๒๕๕๙-๒๕๖๓

อบต./เทศบาล.....**อำเภอ**.....**จังหวัด**.....
ชื่อผู้รับผิดชอบของอปท.....ตำแหน่ง.....
เบอร์โทรศัพท์..... Idline .....

ส่วนที่ ๑. ข้อมูลการได้รับงบประมาณ

๑) จำนวนงบประมาณค่าจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ได้รับโอนจาก สปสช.ตั้งแต่เริ่มดำเนินการ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓
จำนวน.....ราย รวมเป็นเงิน.....บาท

๒) จำนวนงบประมาณ คงเหลือในบัญชีกองทุน LTC (ธกส.) ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓
จำนวน.....บาท

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลการใช้จ่ายงบประมาณ

๑) จำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด ในพื้นที่ จำนวน.....ราย

๒) จำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลและอนุกรรมการ LTC ได้พิจารณาอนุมัติให้จัดบริการดูแลทั้งหมด จำนวน.....ราย
รวมเป็นค่าใช้จ่ายที่ได้รับการอนุมัติดูแลทั้งหมด จำนวน.....บาท

แบ่งเป็น ๑) จำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการอนุมัติแคร์แพลนและเริ่มดูแลในระหว่าง***ปีงบ ๒๕๕๙-๒๕๖๒***
จำนวน.....ราย

๒) จำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการอนุมัติแคร์แพลนและเริ่มดูแลใน***ปีงบประมาณ ๒๕๖๓***
จำนวน.....ราย

ส่วนที่ ๓ ข้อมูลในโปรแกรมระบบดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง (LTC)

๑) จำนวนข้อมูลรายชื่อผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในโปรแกรม***ทั้งหมด*** จำนวน.....ราย

๒) จำนวนข้อมูลรายชื่อผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในโปรแกรมที่อนุกรรมการ LTC ได้พิจารณาอนุมัติแผนการดูแลและอปท.ได้***นำเข้าโครงการและแคร์แพลนในโปรแกรม*** ตั้งแต่เริ่มดำเนินการจนถึง***วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓*** จำนวน.....ราย

สำหรับ***ข้อมูลที่อนุมัติและดูแลในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ เป็นต้นไป ให้บันทึกในโปรแกรม LTC***

๓) จำนวนข้อมูลรายชื่อผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในโปรแกรมที่อนุกรรมการ LTC ได้พิจารณาอนุมัติแผนการดูแลตั้งแต่เริ่มดำเนินการจนถึง***วันที่ ๓๐กันยายน ๒๕๖๓ แต่ อปท.ยังไม่ได้นำเข้าโครงการและแคร์แพลนในโปรแกรม LTC*** จำนวน.....ราย

ส่วนที่ ๔ ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน

.....
.....
.....

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ๒๕๖๔

กรุณาส่งกลับมายัง สปสช.เขต ๒ พิษณุโลก ทางโทรสารที่หมายเลข ๐๕๕-๒๔๗๑๑๑
,ทางไลน์ หรืออีเมล์ NJTA129430@hotmail.com ภายในวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๔